

# HIV 검사 시행을 위한 동의서

HIV 검사는 자발적이며, 동의는 의료 제공자에게 통지함으로써 언제든지 취소 가능합니다. 본 양식의 파트 A 및 B를 읽은 후, 다음 내용을 이해하고 HIV 검사를 원하시면 파트 B 양식의 아래부분에 서명하십시오. HIV 감염은 건강에 대한 치명적인 문제입니다. 뉴욕주 보건부는 HIV 검사를 권장합니다. 임신부의 경우는 임신 초기에 HIV 검사를 하고 후기에 재검사를 시행할 것을 권장합니다.

분만과의 HIV 신속 검사를 제외하고, 본 양식은 2005년 6월 1일부로 기타 HIV 검사 동의서를 대체합니다. 참고: 본 양식은 DOH-2556, 파트 B 와 함께 사용되도록 고안되었습니다.

분만과의 HIV 신속 검사를 제외하고, 본 양식은 2005년 6월 1일부로 기타 HIV 검사 동의서를 대체합니다.

참고: 본 양식은 DOH-2556, 파트 B와 함께 사용되도록 고안되었습니다.

파트



## HIV 는 에이즈를 유발하는 바이러스입니다.

- HIV 는 HIV 보유자와의 안전하지 않은 성관계(콘돔없이 질, 항문, 구강 섹스)를 통해 전염됩니다.
- HIV 는 HIV 보유자와 주사바늘을 공유(피어싱, 문신, 각종 약물 투여)하거나 그러한 행위를 같이하는 과정에서 혈액의 접촉을 통해서 전염됩니다.

## HIV 검사는 감염여부를 확인하는 유일한 방법입니다.

- HIV 검사는 안전하며, 한가지 이상의 표본(혈액, 타액, 소변)을 수집하는 절차가 포함됩니다.
- 상담자나 주치의는 검사 결과는 물론 필요한 기타 검사에 대해서도 설명할 것입니다.

## 금일 시행될 HIV 검사는:

- HIV 감염여부를 확인(항체검사 또는 바이러스 검사)합니다.
- 결과가 양성일 경우 다음과 같은 목적으로 추가 검사를 할 수도 있습니다.
  - 주치의가 최선의 치료법을 결정할 수 있도록 협조
  - 보건부의 HIV 감염방지 프로그램 운영에 협조

## 여러 가지 검사 형태가 있습니다.

- 기밀 검사를 선택하시면 검사결과가 본인의 의료 기록의 일부로 간주되며, HIV 및 기타 의료 서비스를 위해 본인의 의료 제공자에게 전달될 수 있습니다.
- 익명 검사를 선택하시면 이름을 밝힐 필요가 없으며 검사 결과에 대한 기록이 전혀 남지 않습니다. 익명 검사의 결과가 양성으로 판명될 경우, 신속한 진료를 위해 차후에 이름을 밝힐 수도 있습니다.
- 검사 형태와 무료 또는 익명 검사 기관에 대한 추가 정보를 원하시면 상담자/ 주치의에게 문의하시거나 1-800-541-AIDS 로 연락하십시오.

## HIV 검사는 건강에 중요합니다.

- 검사 결과가 음성일 경우, 향후 감염 예방을 위한 방법을 습득할 수 있습니다.
- 검사 결과가 양성일 경우:
  - 타인에 대한 바이러스 전파를 막는 방법을 취할 수 있습니다.
  - HIV 치료는 물론 건강 유지를 위한 기타 방법들도 배우게 됩니다. 치료법의 일환으로 추가 검사가 행해지며 이는 본인을 위한 최선의 치료법을 파악하기 위한 것입니다. 이러한 추가 검사에는 바이러스 부하(viral load) 및 바이러스 저항성(viral resistance) 검사가 포함됩니다.

## HIV 검사는 임산부에게 특히 중요합니다.

- 감염된 산모는 임신, 분만 중 또는 모유 수유 시에 자녀에게 HIV를 전염시킬 수 있습니다.
- HIV 감염 여부를 임신 전 또는 초기에 발견함으로써 본인과 자녀의 건강을 위한 중요한 의사결정을 내릴 수 있습니다.
- HIV에 감염된 산모는 본인의 건강과 태아의 감염 방지를 위한 치료를 받을 수 있습니다. HIV에 감염되었으나 치료를 받지 않는 경우 태아에게 HIV가 전염될 가능성은 25 퍼센트입니다. 치료를 받을 경우, 감염 가능성은 훨씬 낮아집니다.
- 임신 중 검사를 받지 않은 경우에는, 분만 시 의료 제공자가 검사를 권장할 것입니다. 어떤 경우라도 태아는 출산 후 검사를 거치게 됩니다. 자녀의 검사 결과가 양성이라는 것은 산모가 HIV 보유자이며 태아가 바이러스에 노출되었음을 의미합니다.

### 결과가 양성일 경우:

주정부 법규는 검사 결과의 기밀성을 보호하며, 피검사자를 HIV 감염 여부에 따른 차별로부터 보호합니다.

- 대부분의 경우, 본인의 서면 승인을 받은 후에 HIV 검사 결과가 공유됩니다.
- 본인의 HIV 정보는 다음과 같은 사람들에게 공개됩니다. 본인 또는 감염된 자녀를 치료하는 의료 제공자, 법이 요구할 경우 보건의 담당자, 지불 허용을 위해 보험회사, 고아 양육이나 입양에 관련된 자, 징계, 집행유예, 가석방을 담당하는 공무원, 감염자의 혈액에 실수로 노출된 응급처치자나 의료제공자, 특수 법정명령이 있을 경우
- HIV 감염자 명단은 전염병 추적 및 서비스 제공을 위해 주정부 보건부에 보고됩니다.
- 궁금한 사항이 있거나 기밀성 문제에 대한 도움이 필요하시면 HIV 기밀 핫라인 (1-800-962-5065)으로 연락하십시오.
- HIV 감염 여부에 따른 차별을 받았다고 간주될 경우, 뉴욕주 인권부 (1-800-523-2437)로 전화하시면 도움을 받으실 수 있습니다.

상담자/ 주치의는 성관계 파트너 또는 주사바늘을 공유하는 파트너에게 감염 가능성을 알리는 내용에 대해 상의할 것입니다.

- 파트너에게 HIV 감염에 대한 노출 가능성을 알려 파트너가 HIV 검사를 받고, 감염 시에는 치료를 받을 수 있도록 해야 합니다.
- 의료 제공자가 감염자의 배우자나 파트너의 이름을 아는 경우에는 반드시 보건부에 알려야 합니다.
- 보건부 상담자는 감염자의 이름을 밝히지 않고도 파트너를 도울 수 있습니다.
- 본인과 파트너의 안전 확보를 위해, 감염자의 상담자나 의사는 가정 폭력 위협에 대한 질문을 할 것입니다.
- 위험 요소가 있다고 판단될 경우, 보건부는 파트너에게 통보하기 전에 감염자를 위한 방안을 먼저 마련할 것입니다.

## 주요 연락처

---

뉴욕주 HIV/AIDS 핫라인 (무료)

HIV 및 에이즈에 관한 정보나 HIV 검사 기관을 검색 하시려면 다음 핫라인으로 연락하십시오.

- 1-800-541-AIDS (2437) • 영어
- 1-800-233-SIDA (7432) • 스페인어

뉴욕주 TTY/TTD HIV/AIDS 정보 라인

- 1-212-925-9560

음성 통화는 NY 릴레이 사용:

- 711 또는 1-800-421-1220으로 전화하여 교환에게 다음 번호로 연결을 요청하십시오: 1-212-925-9560

뉴욕주 HIV/AIDS 상담 핫라인

- 1-800-872-2777

뉴욕주보건부(NYSDOH) 익명 HIV 상담 및 검사 프로그램

HIV에 관한 정보나 의뢰, 또는 무료 익명 HIV 검사에 관한 정보를 원하시면 해당 지역의 익명 HIV 상담 및 검사 프로그램으로 연락하십시오.

- Albany 지역 1-800-962-5065
- Buffalo 지역 1-800-962-5064
- Nassau 지역 1-800-462-6785
- New Rochelle 지역 1-800-828-0064
- Queens 지역 1-800-462-6785
- Rochester 지역 1-800-962-5063
- Suffolk 지역 1-800-462-6786
- Syracuse 지역 1-800-562-9423

뉴욕주보건부 정신건강(NYCDOHMH) HIV/AIDS 핫라인:

**1-800-TALK-HIV (1-800-825-5448)**

뉴욕주 PartNer 보조 프로그램: **1-800-541-AIDS**

뉴욕시 접촉 신고 보조 프로그램: **1-212-693-1419**

기밀성

- 뉴욕주 기밀 핫라인 1-800-962-5065
- 법적 조치 센터 1-212-243-1313 또는 1-800-223-4044

인권/차별

- 뉴욕주 인권부 1-800-523-2437
- 뉴욕시 인권 위원회 1-212-306-7500

본인의 의료 제공자는 HIV 검사에 대한 본인의 모든 질문에  
답하였으며, HIV 검사에 대한 다음과 같은 내용을 포함한 정  
보를 서면으로 제공하였습니다.

파트

B

- HIV 는 에이즈를 유발하는 바이러스입니다.
- HIV 검사는 감염여부를 확인하는 유일한 방법입니다.
- HIV 검사는 건강을 위해 중요하며, 임산부의 경우 특히 그렇습니다.
- HIV 검사는 자발적이며, 동의는 언제든지 취소 가능합니다.
- 익명 및 기밀을 포함한 여러 가지 검사 형태가 있습니다.
- 주정부 법규는 검사 결과의 기밀성을 보호하며, 피검사자를 HIV 감염여부에 따른 차별로부터 보호합니다.
- 본인의 검사 결과가 양성일 경우, 의료 제공자는 성관계 파트너 또는 주사바늘을 공유하는 파트너에게 감염 가능성을 알리는 내용에 대해 상의할 것입니다.

HIV 감염 진단을 위한 검사에 동의합니다. 본인이 HIV 보유자로 판명될 경우, 금일 채취한 표본에 추가 검사를 시행하여 본인을 위한 최선의 치료법을 판단하고 HIV 감염방지 프로그램 운영에 협조할 것에 동의합니다. 본인의 치료를 위한 차후 검사에도 동의합니다. 차후 검사에 대한 동의는 언제든지 취소할 수 있음을 인지합니다.

#### 임산부 전용:

본인의 의료 제공자가 상기 검사 이외에도 임신 후기에 HIV 진단 검사를 반복할 수 있도록 승인합니다. 의료 제공자는 재검사를 시행하기 전에 이에 대한 상의를 할 것이며 검사 결과를 본인에게 통보할 것입니다. 재검사에 대한 동의는 현재의 임신에만 국한되며 언제든지 취소할 수 있습니다.

서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_  
(피검사자 또는 법적으로 승인된 대리인)

법적 대리인의 경우, 피검사자와의 관계: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_

의료 기록 #: \_\_\_\_\_

분단과의 HIV 신속 검사를 제외하고, 본 양식은 2005년 6월 1일 부로 기타 HIV 검사 동의서를 대체합니다.

참고: 본 양식은 DOH-2556i, 파트 A와 함께 사용되도록 고안되었습니다.